

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 12 月 10 日～12 月 11 日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院 2	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

市の 5 つの基幹病院の一つとして、呼吸器、神経・筋疾患、一般外科を主たる専門機能とした医療を提供している。3 年前に地域医療支援病院となり、一昨年に地域包括ケア病棟を開設するなど、地域ニーズに対応して役割・機能の修正も図られている。肺がん等の悪性疾患や筋萎縮性側索硬化症などへの対応があり、放射線治療機能も有しているなど、積極的な取り組みがされている。結核病棟 20 床を現在は COVID-19 専用病棟として使用している。外来棟が新築され、明るく、余裕のある空間が確保され、施設的な問題の多くが解消されている。

今回は 5 回目の病院機能評価の受審であり、継続して病院の安全や質的な向上に努めていることが見受けられた。今回の審査が貴院のますますの発展に少しでも寄与すれば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は定められ、院内外に周知されている。病院の遭遇し得る主要なリスクを 20 以上設定し、その発生をモニターするとともに、発生時の原因分析、病院への影響度、対応策および防止策の検討を行い、関連する運用マニュアルの見直しを図るなど、執行部はリーダーシップを発揮して危機管理を行っている。病院全体の目標管理は、部門部署、職員各自の目標管理へとつなげられ、計画的に病院運営がなされている。病院情報システムは予算的な制約もあるが、医療安全や医療の質ならびに病院運営の効率化に実効的に役立つよう、システム機能の拡充を図りたい。文書管理は適切に行われている。

医療法や診療報酬上の施設基準に求められる人員は確保されている。人事・労務管理に関する諸規程は整備されており、職員一人一人の業績が評価され、賞与に反映される仕組みがある。衛生委員会は適法に開催され、職業感染やメンタルサポートなどが適切に実施されている。医療安全や感染管理等に関わる教育・研修は実施されている。職員の意見や要望は、業績評価制度における個別ヒアリングで聴取され、管理課が所管する内部通報窓口の仕組みもある。

職員の教育・研修については関連部門・部署にて実施されているが、今後、教育・研修委員会の活動を活性化させ、臨床倫理や接遇など必要な教育・研修や計画的な実施、参加率や教育効果の向上を図るための手段などを総合的に検討することが望まれる。また、職員個別の専門的な能力の評価やその開発に病院として取り組み、医療安全や質の向上に寄与する人材開発を促進することを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明確であり適切に擁護されている。説明と同意のマニュアル・書式が定められており、説明と同意が行われる検査・治療行為の範囲が院内で定められている。医師は病状説明や治療説明時に図などを用いて説明し、患者の理解を深めるよう努めている。また、外来にフリーWi-Fiを設備し、疾患についての冊子を設置するなど、医療への患者の理解や参加を促進している。患者相談窓口は地域医療連携室の社会福祉士、看護師、事務職員が連携し対応している。個人情報保護方針が対外的に明示され、個人情報の活用に関する手順も明確に定められ、適切に運用されている。倫理委員会審査規定があり、患者の倫理課題についての方針が定められている。現場においては患者・家族が抱えている倫理的問題を医師・看護師が把握し、多職種でカンファレンスを開催し検討・解決に努めている。なお、病院として臨床倫理の課題を検討する倫理審査委員会における検討の充実を期待したい。

売店、食堂、ATM等の導入がなされ、患者や家族等利用者の利便性に配慮されている。バリアフリーが整備され、日常点検および年1回の保守点検も実施されており適切である。外来・病棟共に整理・整頓され、診療・ケアに必要なスペースが確保されている。敷地内禁煙が徹底され、患者教育にも取り組んでいるが、職員の喫煙率の減少に向けたさらなる対策が期待される。

4. 医療の質

提案箱の設置、提案への対応は適切になされている。また、提案箱の設置場所等については入院のご案内に掲載し、患者への周知も図られている。症例検討会が多数開催され、ガイドラインに沿った診療が推進されている。部門横断的にQC活動推進委員会が機能しており、医療機能評価受審にも継続的に対応している。新たな診療・治療方法や技術の導入について、審査体制は整備されている。今後は審査漏れの防止対策や、導入後の確実なモニタリングの実施について期待したい。

病棟、外来等に責任者名が表示され、ベッドネームに主治医・看護師名がある。診療記録は、診療録記載手順に則り適時に必要な記載がなされている。質的点検は適正なプロセスで行われているが、点検数の増加の検討を望みたい。多職種が参加した専門機能別チームがあり、外来・病棟での患者問題発生時の依頼に対応し、多職種カンファレンスを開催し解決が図られている。

5. 医療安全

医療安全管理室には、室長および専従の医療安全管理係長が配置されている。医療安全管理に関する委員会として、医療安全管理委員会や医療安全推進部会が設置されており、組織的に取り組んでいる。インシデント・アクシデント報告は、平時、緊急時ともに円滑に報告ができる方法をとっている。報告事例については、医療安全管理委員会や医療安全推進部会などの委員会で分析・検証し、再発防止策・改善策を立案している。また、医療安全情報について、院内 LAN や掲示などで職員に周知している。

患者認証は、姓名と必要時には生年月日の名乗りを原則としており、入院ではリストバンド、外来ではバーコードを用いた電子的確認も行われている。また、誤認防止に関するマニュアルを整備し、実践している。指示出し・指示受け・実施確認は電子カルテで確認可能である。口頭指示は原則禁止であるが、やむを得ず口頭指示が出された場合には事後処理が手順に沿って行われている。院内各部署でハイリスク薬、向精神薬等は適切に管理されている。抗がん剤はレジメン管理されており、調製・混合は TPN とともに薬剤部において行われている。入院時に、全患者に対し、転倒・転落リスク評価が行われ、危険度に合わせた看護計画を立案し、実施している。一定の期間に再評価を実施し、対応策の有用性が評価され、必要に応じて看護計画を見直している。人工呼吸器の使用中のチェック表や、その他の医療機器の点検チェック表などが整備され、院内全体で使用されている。設定条件は医師の指示に基づいており、病棟では勤務交代時に、チェックリストを用いて設定条件・作動確認などが引き継がれている。院内緊急コールは統一化が図られ、24 時間院内放送での対応となっている。各部門に救急カートや蘇生装置が配置され、薬剤剤や機器類は標準化されており、看護師と薬剤師が協働して点検を行っている。BLS・AED の訓練が計画的に実施されており、2019 年度はほぼ全員が訓練を受けている。

6. 医療関連感染制御

感染対策室を中心に院内各部署代表から構成された ICT が感染対策に関する情報収集と対策立案を行い、情報と対策は毎月の感染症管理対策委員会において討議・承認されている。ICT の下部組織としてリンクナース部会が活動しているほか、AST による抗菌薬適正使用に向けた取り組みも行われている。院内分離菌とその薬剤感受性が把握され、JANIS に参加して還元情報が院内へ周知されている。院外感染情報は道や国から収集され、院内感染情報とともに ICT による分析と検討、院内周知が行われている。

手指衛生については、流水による手洗いと速乾性手指消毒剤の使用を基準に定めている。リンクナースを中心に、手指消毒剤の使用量の把握を継続的に実施し、遵守に向けた現場での指導を行っている。院内検出菌とその薬剤感受性が把握され、分離菌薬剤感受性率が毎年更新されている。届け出制を含む全ての抗菌薬の使用量・使用期間が把握され、長期使用例にはASTによる介入が行われている。なお、周術期抗菌薬の使用実態を把握する取り組みおよび抗菌薬の採用・削除に関するICTと薬剤部の連携を期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

広報活動は広報委員会を中心として広報誌、ホームページ等が管理されている。ホームページには診療時間、外来休診情報など必要な情報がわかりやすく発信されている。地域医療連携室が外来、入院患者の紹介受入れや逆紹介への対応、医療、介護施設への退院支援を担い適切に対応している。年1回の住民対象の市民公開講座や出前講座を地域で開催するなど、積極的に啓発活動を実施している。様々な教室、サロンの開催も積極的に実施されており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

新患・再診の受付手順は適切である。診療科ごとの受付は、それぞれの待合に目が届きやすい構造となっており、患者の病態・緊急性への配慮もなされている。初診時には看護師により患者情報収集と緊急性の判断が行われている。通常の看護外来、患者指導のほかに病院特性を反映してパーキンソン病、COPDなどの患者教室が活発に行われており評価される。診断的検査は必要性・内容など丁寧に説明され同意を取得している。入室・実施・退室に至るまで、安全に配慮し適切に実施されている。入院は患者・家族の要望も考慮しつつ医学的判断に基づいて決定されており、緊急入院に対しても弾力的な病床運用が行われている。病態や検査結果、各種のリスク評価を行って入院時の診療計画、看護計画などが適切に作成されている。外来・病棟からの治療・退院・経済的問題など多様な相談を医療相談窓口が中心となり、院内外スタッフと連絡・調整しながら対応している。入院決定時、入退院支援センターで入院に関する説明や情報収集を行っている。入院後は病棟オリエンテーションを行い、安心して入院生活が送れるよう支援している。

医師は毎日回診し診療録を記載しており、スタッフとの情報交換や多職種カンファレンスへの参加も行っている。看護師は、組織活動と疾患別看護などに関する看護基準・手順を整備し、病棟看護業務を実施している。また、入院患者に対しては、入院時の基本情報と栄養、転倒・転落、褥瘡などのリスクアセスメントを統合して、看護計画を立案し、実践している。注射薬は病棟で看護師が手順に沿って調製・混合・投与しており、薬剤師による服薬指導が適切に行われている。輸血・血液製剤投与について、適応・説明と同意・実施前の確認手順・実施中の観察と記録・副作用報告までの一連のプロセスが適切に実施されている。外科医・麻酔科医・看護師を中心に多職種による医療チームが機能し、周術期の対応を適切に行っている。重症度に応じて病床が選択され、必要な診療・ケアが行われている。多職

種の関与も適宜になされていて、重症患者の管理は適切である。

入院時に全患者に対し、褥瘡リスクアセスメントを実施し、危険因子を把握している。高リスクの患者や褥瘡を有している患者に対し、褥瘡対策チームの介入がある。また、褥瘡対策チーム会議では、マニュアルの改訂、予防ケア、治療計画の評価、研修会の企画・運営などが行われている。全入院患者に栄養スクリーニングを行い、栄養アセスメントによる栄養管理と食事指導、摂食・嚥下に関する支援を行っている。がん性疼痛患者の疼痛をNRSで評価し、がん化学療法マニュアルに沿って疼痛緩和を行っている。病棟で苦痛のある患者には、緩和ケアチームが依頼を受けて対応している。入院早期より患者・家族の同意を得てリハビリテーションが開始されており、多職種カンファレンスなど病棟との情報共有が適切に行われている。身体抑制マニュアル、フローチャートは整備されており、身体抑制が必要と思われる患者がいる場合、医師と看護師などで検討し、医師の指示のもと抑制を開始している。入院決定時より退院支援に関する情報を得て、外来・病棟と共有している。在宅療養・転院などでの問題を多職種による退院支援カンファレンスで検討し、患者・家族への退院支援を行っている。病棟と患者相談窓口で連携し在宅療養に向けた退院準備を行っている。患者の病状や生活状況・家族状況により退院前自宅訪問や退院後訪問を行っている。終末期医療への移行およびターミナルステージの判断は、「国立病院機構旭川医療センターにおける診療基本—終末期医療およびDNAR」に基づいて、主治医と当該複数医師、その他の医療者で判断が行われている。DNARに関しては、患者や家族の意向を随時確認し、方針が決定されている。患者の症状緩和への取り組み、逝去時の対応、臓器提供への対応が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方、調剤、鑑査、薬剤情報管理と院内周知などが適切に行われている。臨床検査は、夜間・休日も含め必要な検査項目に対応し迅速な報告がなされている。臨床検査機能は適切に発揮されている。画像診断検査は24時間対応で迅速・安全に実施されている。CT・MRIの外部機関による遠隔読影が契約されており、画像診断の質を担保している。給食業務は委託しており、調理器具や食器は洗浄から乾燥・保管まで清潔に維持され、食材の搬入から配膳に至るまで衛生管理が徹底されている。入院あるいは術後早期からリハビリテーションが開始されており、必要な患者では365日施行するなど連続性にも配慮されている。診療情報は医療情報管理室で管理され一元的な管理がなされている。量的点検も実施され、システムダウン時の対応も検討されており適切である。人工呼吸器や、輸液・シリンジポンプが中央管理室で一元管理され、点検・整備された機器は、24時間貸出が可能となっている。使用中の人工呼吸器の点検については、専用のチェック表を用いて、看護師、臨床工学技士により実施されている。医療機器のトラブル発生時には、臨床工学技士をオンコールする体制となっている。洗浄・滅菌業務は院内で対応し、使用済みの機材は現場での一次洗浄は行わず、中央材料室で一元的に実施している。オートクレーブは、毎日、始業前にボウイー・ディックテストが実施され、化学的インディケーターの使用と、1日1回の生物学的インディケーターを用いた検知が行わ

れ、滅菌の質を保証している。滅菌作業やリコールなどの手順が整備されている。

病理診断機能は、質の高い診断と迅速な報告がなされており適切である。テレパソロジーの活用など工夫も見られる。放射線治療はリニアックによる外部照射が安全に配慮しながら行われている。輸血製剤の保管は院内の輸血部門で一括して集中的に管理する運用としたので、運用の定着が期待される。手術・麻酔機能は、関係部署間の良好なコミュニケーションの下で、スケジュール管理・術中患者管理・麻酔覚醒時の安全確保など適切に機能している。救急医療は、施設の診療機能に見合った体制がとられている。感染症が疑われる場合は動線に配慮した対応がなされおり、ACM(虐待対応)チームの取り組みも評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算立案までのプロセスが定まっており、経営状況は、毎月運営会議メンバーで実績の分析がなされ対策を検討、実施するPDCAによる管理が適切に行われている。レセプトの返戻や査定への対応は医事課、医師を含めた各職種の連携が図られている。施設基準遵守体制についても組織的に対応されている。業者選定が適切になされ、質の維持、向上に向けた日常的な取り組みが実施されている。

施設設備の日常点検、定期保守点検は適切に行われている。廃棄物の管理も適切である。物品管理は管理課が担当し、購入から納品、検品、部署への配置までの流れも適切になされている。

災害時の対応では、夜間想定を含む防火訓練を毎年2回実施している。また、緊急時の責任体制を明確にして各部署へ周知徹底しているほか、連絡網を整備している。夜間休日の保安業務は委託しており、巡回記録、保安日誌も毎日確認されている。緊急時の連絡網も整備されている。夜間外来受付、面会手続きも適切に対応されている。

11. 臨床研修、学生実習

卒後臨床研修については、臨床研修管理委員会が毎月開催され、計画に則った研修が実施されている。看護部、他職種においても、新任、現任それぞれの初期研修プログラムに基づいて実施されており、一体的な教育プログラムによって初期研修が実施されている。

学生実習については、医師、看護師をはじめ、各職種について受け入れている。患者の同意にも配慮され、カリキュラムに沿った実習が適切になされている。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	B
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	B
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	B
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A
-------	-----------------	---

4.5.2	物品管理を適切に行っている	B
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	B
-------	-----------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A
-------	-----------------	---

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 旭川医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 北海道旭川市花咲町7-4048

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	290	290	+0	76.8	21.61
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	20	20	+0	35	39.08
感染症病床					
総数	310	310	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	7	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	50	+50
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅲ群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 ☒ 1) 基幹型 ☒ 2) 協力型 ☐ 3) 協力施設 ☐ 4) 非該当
 歯科 ☐ 1) 単独型 ☐ 2) 管理型 ☐ 3) 協力型 ☐ 4) 連携型 ☐ 5) 研修協力施設
☒ 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 ☒ 1) いる 医科 1年目： 4 人 2年目： 2 人 歯科： 0 人
☐ 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ ☒ 1) あり ☐ 2) なし 院内LAN ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 オーダリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	316.22	316.18	330.32	100.01	95.72
1日あたり外来初診患者数	20.69	19.67	20.88	105.19	94.20
新患率	6.54	6.22	6.32		
1日あたり入院患者数	230.27	226.11	223.33	101.84	101.24
1日あたり新入院患者数	10.44	10.82	11.36	96.49	95.25